

„In meiner Heimat haben sie mich mit Stöcken geschlagen, hier schlagen sie mich mit Watte“<sup>i</sup>  
Exil in Deutschland als traumatische Sequenz

*Viola Schreiber, Ernst-Ludwig Iskenius, Elise Bittenbinder,  
Gudrun Brünner, Freihart Regner*

#### **Zusammenfassung**

**Politische psychische Traumatisierung kann als ein sequentieller Prozess (nach Keilson) oder als Stress-Kontinuum (nach Silove) verstanden werden, in dem sequentiell auftretende Belastungsfaktoren einander in der Destabilisierung der adaptiven Systeme des Betroffenen verstärken. In diesem Sinne sind auch politische Verfolgung, Flucht und Exil als traumatische Sequenzen zu verstehen, wobei nicht nur die im Herkunftsland erfolgte Traumatisierung, sondern auch die in Deutschland erfahrene Realität des Asyls Gesundheit oder Krankheit des Flüchtlings bestimmen. Dabei ist ein bereits traumatisierter Flüchtling in Deutschland von der Unterbringungssituation bis zur Kettenduldung vielfältigen Belastungsfaktoren ausgesetzt. In ihrer traumastabilisierenden und -verstärkenden Wirkung verletzt diese Situation das Menschenrecht auf Gesundheit und setzt damit die erlittene Menschenrechtsverletzung fort. Es wäre daher an der Zeit, die Asyl- und Ausländerrechtspraxis zu überdenken und nachhaltig zu ändern.**

„In my home country, they have hit me with clubs, here they hit me with cotton wool“  
Exile in Germany as a traumatic sequence

**Political psychological trauma can be understood as a sequential process (Keilson) or as a continuum of stress (Silove). Challenges occurring in different traumatic sequences compound each other in the destabilisation of the victim's adaptive systems. Political persecution, flight, and exile can also be understood as traumatic sequences. It is not only the trauma experienced in the country of origin but also the reality of asylum in Germany that impact on the refugees' health. A refugee who is already traumatized is thus exposed to multiple challenges – from housing problems to constant uncertainty regarding their residents permits. In stabilising and aggravating trauma, this situation violates the human right to health and prolongs the human rights violation suffered before. It is thus time to reconsider the practice of law on asylum and aliens in Germany.**

## Einleitung

„Ich wusste nicht, dass das Leben in Deutschland so schwierig sein würde“, seufzte eine Patientin während eines Therapiegespräches.<sup>ii</sup> Sie hat Traumatisches erlebt: körperlicher Angriff durch Soldaten, drohende Verhaftung ihres Mannes, Verhaftung von ihr anstelle ihres Ehemannes, Folter und Vergewaltigung in Haft, gewaltsame Vertreibung aus ihrem Dorf und schließlich die überstürzte Flucht. Doch mit der Ankunft in Deutschland fand sie nicht die erhoffte Sicherheit. Fast zehn Jahre lang hat sie um die Anerkennung ihres vergangenen Leids gekämpft. Mehrmals tauchte sie wegen drohender Abschiebungen unter oder floh in Panik ins benachbarte Ausland. Zweimal war sie in der Sammelunterkunft von Bewohnern aus heiterem Himmel angegriffen worden und hatte jahrelang in mindestens vier verschiedenen, völlig abgelegenen und heruntergekommenen Unterkünften in zwei Zimmern zu je sieben Personen gelebt. Ihr Ehemann sorgte mit einem geringverdienenden Job für die leidliche finanzielle Absicherung der großen Familie und war deshalb zu ihrer eigenen Unterstützung selten zu Hause; ihre Kinder mussten sie häufig trösten. Ihre ständig sich aufdrängenden Erinnerungen konnte sie lange mit niemandem teilen. Ihrem Ehemann konnte sie sich nicht anvertrauen, aus Angst, wegen der erlittenen sexuellen Gewalt verstoßen oder gar umgebracht zu werden, sollten sie doch in das Herkunftsland zurückgeschickt werden. Ihren Kindern wollte sie diese schrecklichen Erfahrungen nicht zumuten. Angst und vor allem Scham wegen der erlittenen Erniedrigungen hielten sie außerdem davon ab, mit Freundinnen über das Erlittene zu reden. Erst in der Behandlungseinrichtung konnte sie ihre Geschichte erzählen. Endlich sprach ein Verwaltungsrichter ihr Abschiebehindernisse auf Grund der schädigenden Folgen ihrer Erlebnisse zu. Erleichtert versuchten sie und ihre Familie, ein „neues Leben“ jenseits von Gewalt, Erniedrigung, Unsicherheit und ständiger Angst zu beginnen. Es folgte der Umzug in eine Privatwohnung, die Aufnahme einer dreistündigen bezahlten Arbeit, damit die Unabhängigkeit von staatlichen Zuwendungen sowie der Beginn eines Integrationskurses. Ihre vier Kinder reagierten auf die Verbesserung der Situation mit besseren Schulnoten sowie dem Rückgang von eigenen depressiven und psychosomatischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten. Die ganze Familie war auf dem Weg zu einer stabilen Integration. Dann, nach drei Jahren, erreichte sie ein Brief der Ausländerbehörde: „Ein Widerrufsverfahren wird eingeleitet.“ Der Brief war ein Schock, die alte Angst und Panik waren plötzlich wieder da, Schlaflosigkeit, Albträume, die schmerzlichen Erinnerungen und Verzweiflung tauchten auch tagsüber auf und konnten kaum kontrolliert werden. Konzentrationsstörungen, Erregungszustände, Abbruch des anfänglich mit hoher Motivation begonnenen Integrationskurses, Resignation und Depression bestimmen erneut den Alltag... .

Mit einem Höhepunkt verschärfter bewaffneter Konflikte insbesondere in den ärmeren Ländern der Welt in den 90er Jahren und einem Wiederaufflammen im Zuge des „Kampfes gegen Terror“, stieg die weltweite Flüchtlingsrate zum Ende des 20ten und Anfang des 21ten Jahrhunderts stark an (UNHCR 2006). Für diese Flüchtlinge weist ein wachsender Forschungsumfang nicht nur eine hohe Traumatisierungsrate, sondern auch deren Bedeutung für eine langfristige Beeinträchtigung der Gesundheit und eine erhöhte Vulnerabilität für nachfolgende Belastungsfaktoren nach (Lavik et al. 1996; Silove et al. 2000; siehe auch Odenwald et al. i. d. Bd.). Zugleich erhöht sich mit dem insgesamt wachsenden ökonomischen Ungleichgewicht zwischen Industrie- und Entwicklungsländern der Migrationsdruck: Immer mehr Menschen versuchen auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen nach Europa zu gelangen (abgesehen von den starken Migrationsbewegungen innerhalb der Entwicklungsländer). Viele Zielländer reagieren auf diese Entwicklung mit einer zunehmenden Verschärfung ihrer Aufnahmebedingungen. Doch oft ist es schwer, zwischen Flüchtlingen zu unterscheiden, die vor wirtschaftlichem Elend oder aber vor schweren Menschenrechtsverletzungen fliehen – auch deshalb, weil beide Faktoren vielfach dieselben Länder und Regionen betreffen und sich in einem komplexen Bedingungsgefüge durchdringen (Silove et al. 2000).

Entgegen dem weltweiten Trend, nehmen die Flüchtlingszugangszahlen für Deutschland indes seit mehr als 10 Jahren rapide ab und sind derzeit so niedrig wie zuletzt 1983<sup>iii</sup>. Nichtsdestotrotz gestaltet die hiesige Politik einen Rahmen, der es Flüchtlingen immer schwerer macht, Sicherheit zu finden. Deutschland hat mittlerweile – einzigartig in Europa – eine negative Flüchtlingsanerkennungsquote, d.h. es weist im Rahmen von Widerrufsverfahren mehr Flüchtlinge aus, als im selben Zeitraum anerkannt werden (vgl. Pro Asyl 2005). Für kranke und vor allem traumatisierte Menschen haben die resultierenden Bedingungen die Fortsetzung ihrer schmerzlichen und äußerst belastenden Erfahrungen zur Folge, und es mehren sich die Belege, dass das Ausmaß an Belastungen während und nach der Flucht den Effekt vorangegangener Traumatisierung verstärkt und das Risiko einer andauernden posttraumatischen Symptomatik erhöht (Keilson 1979; Silove et al. 2000; Willigen 2001). Wie kann diese Bedeutung der „posttraumatischen“ Bedingungen konzeptuell verstanden werden?

### *Traumatisierung als Prozess*

Der Begriff „Trauma“ wird je nach Definition als das Erleben eines unverarbeitbaren bedrohlichen Ereignisses oder als dessen Folgeerscheinung bzw. Folgeerkrankung konzipiert (vgl. Barwinski-Fäh 2001). So wird ein Trauma im internationalen Diagnosemanual ICD-10 definiert als „kurz oder langanhaltende[s] Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder

mit katastrophalem Ausmaß, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling et al. 1993). Entsprechend werden in seiner Folge auftretende Symptome als „*post*-traumatische Belastungsstörung“ konzipiert. Eine stärkere Gewichtung auf intrapsychische Prozesse legen Fischer & Riedesser (1998), die Trauma definieren als ein „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. (Ebd. S. 79)

Traumata können viele Gesichter haben – etwa die Monotraumatisierung durch eine einmalige Naturkatastrophe (z.B. Erdbeben, Tsunami) oder aber die komplexe, wiederholte Traumatisierung durch menschliche Gewalt wie bei Missbrauch oder Verfolgung. Allen Traumatisierungen ist aber gemein, dass es sich nicht um einen statischen Zustand, sondern um einen *variablen Prozess* handelt, dessen Verlauf von individuellen, interpersonellen und kontextuellen Bedingungen moduliert wird. Unterschiedliche Traumakonzepte erfassen verschiedene Facetten dieses Prozesses. Das Konzept der *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)* (wie auch der *komplexen PTBS*; Herman, 1992) beschreibt gemäß dem medizinisch orientierten Ansatz der Diagnosemanuale DSM-IV und ICD-10 zunächst eher einen Zustand: ein Syndrom typischer psychophysischer, behandlungsrelevanter Traumafolgen. Zugleich umfasst die (komplexe) PTBS aber auch einen *psychophysischen Mikroprozess*, wie er idealtypisch etwa von Horowitz (1986) beschrieben worden ist: die Entwicklung und phasische Veränderung der Symptomatik vom *Aufschrei* direkt nach dem traumatogenen Erlebnis zu einem Wechsel von *Intrusionen* und *Vermeidung/Taubheit*, welcher chronifizieren und in der Ausbildung langfristig oft dysfunktionaler Bewältigungsstrategien resultieren kann. Hierzu gehören insbesondere *Vermeidungsstrategien* gegenüber Auslösern von traumatischen Erinnerungen, durch welche einerseits die Übererregungssymptomatik teilweise herabreguliert werden kann, andererseits aber eine gesunde Verarbeitung der belastenden Erinnerungen behindert wird (Bryant, Harvey 1995; Cordova, et al. 2005; Ehlers, Clark 2000). Werden solche Vermeidungsstrategien jedoch ungeschützt und unkontrolliert durchbrochen, verstärken sich oft die Symptome; die Erfahrung von Schrecken und Hilflosigkeit wird erneuert. Solche negativen Erfahrungen können beim Betroffenen – zusammen mit der typischerweise verringerten Diskriminationsfähigkeit und Fehlinterpretationen aufgrund körperlicher Übererregung (Van der Kolk 2001) – zu einer zunehmenden *Generalisierung des Bedrohungserlebens* (Ehlers, Clark 2000) und einer Ausweitung des „Furchtnetzwerks“ im Gehirn auch auf harmlose oder zuvor sogar sichere Situationen führen (Foa et al. 1989). Im Extremfall erfasst diese Ausweitung den gesamten Alltag der Be-

troffenen und macht sie unfähig, reale und scheinbare Gefahren zu unterscheiden.

Eine Betonung des *Makroprozesses* bei Traumatisierung findet sich vor dem Hintergrund, dass dieselbe initiale traumatische Situation keinesfalls bei allen Individuen in einer langwierigen Folgestörung resultiert. In verschiedenen Ansätzen wird daher externen (post)traumatischen Faktoren wachsende Bedeutung beigemessen (z.B. Risikoforschung; vgl. Brewin 2000). Eine explizite Formulierung dieses Makroprozesses leisten die Konzepte der *sequentiellen Traumatisierung* von Hans Keilson (1979) und das *Stress-Kontinuum* von Derrick Silove (1999). Der niederländische Psychiater Keilson (1979) schloss aus einer umfangreichen Langzeituntersuchung an jüdischen Kriegsgewesenen, dass eine Traumatisierung nicht länger als einzelnes Ereignis/Erlebnis, sondern als eine *Abfolge traumatischer Sequenzen* unterschiedlichen Charakters und unterschiedlicher Bedeutung zu verstehen sei. Für die pathologischen Auswirkungen ist demnach nicht nur die initiale Traumatisierung (punktuell oder komplex) relevant, sondern mindestens ebenso die darauf folgenden traumatischen Sequenzen. Sie sind maßgeblich dafür entscheidend, ob die Traumatisierung sich verbessert oder aber verschlimmert bis chronifiziert. (Vgl. ausführlicher Rauchfuss i. d. Bd.)

Silove (1999) geht davon aus, dass die sequentiell auftretenden Belastungsfaktoren einander in der *Destabilisierung der adaptiven Systeme* des Betroffenen verstärken. Er beschreibt fünf solcher adaptiven Systeme, welche durch die Traumatisierung angegriffen werden: *Sicherheit, Bindung, Identität, Gerechtigkeit* und *Sinn*. Die Gesundung der Person bedarf der Rückkehr dieser Systeme ins Gleichgewicht. Diese kann jedoch durch – auf die *Kerntraumata* folgende – Belastungsfaktoren be- oder verhindert werden. So wird eine fortgesetzte oder erneute Destabilisierung des *Sicherheitssystems* – etwa durch Reviktimisierung – oder des *Bindungssystems* – etwa durch eine erneute Trennung von der Familie – die Symptomatik aufrechterhalten oder verstärken. Reaktivierend (vgl. Jatzko 2004) bzw. retraumatisierend sind dabei insbesondere Bedingungen, welche an die in den Kerntraumata erfahrene Ohnmacht und Hilflosigkeit erinnern und/oder die Anpassungsstrukturen der Betroffenen erneut angreifen. Aufgrund der traumabedingten Vulnerabilität wirkt sich dies pathogener aus als bei gesunden Menschen.

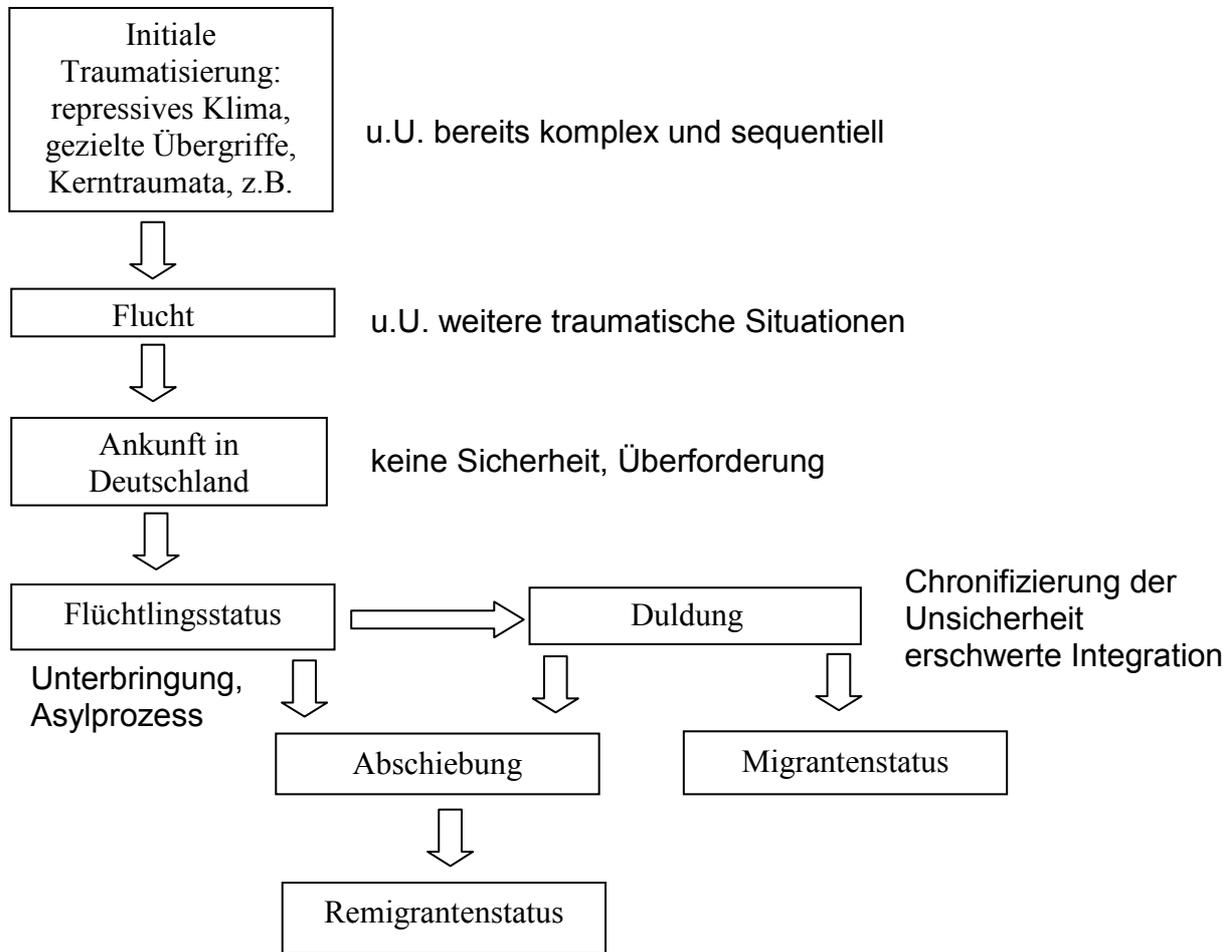
(Der Begriff „Kerntraumata“ ist nicht gebräuchlich und bedarf der einführenden Erläuterung. Nach der hier vertretenen prozessualen Auffassung von politischer Traumatisierung gibt es nicht so etwas wie das „eigentliche Trauma“, „Urtrauma“, „Anfangstrauma“ – sondern es gibt, wie ausgeführt, eine *Sequenz traumatisierender Belastungsphasen*, welche stets in ihrer *Gesamtheit* betrachtet werden muss. Gleichwohl existieren innerhalb dieser sequentiellen Traumatisierung Einschnitte, die in ganz besonderem Maße verletzend, belastend und verstörend sind, paradigmatisch Folter und/oder Ver-

gewaltigung. Diese besonders tiefgreifenden Zäsuren innerhalb der Gesamtsequenz werden hier als *Kerntraumata* bezeichnet, und zwar im Plural, weil traumatisierte Flüchtlinge oft mehrere solcher Erfahrungen erlitten haben.)

Im Rahmen dieser Konzepte sind somit auch Flucht und Flüchtlingsstatus infolge von Krieg, Verfolgung und Folter weitere Sequenzen im traumatischen Prozess. In dieser Fluchtsequenz spielen vielfältige Faktoren, wie Entwurzelung, Integration vs. Ausgrenzung, materielle und soziale Sicherheit, fehlende Handlungsmöglichkeiten sowie fehlende soziale, politische und rechtliche Anerkennung, eine Rolle (vgl. Willigen 2001). So konnte bei Flüchtlingen in Australien nachgewiesen werden, dass Belastungen im Zusammenhang mit der Anerkennung des Flüchtlingsstatus (wie Angst vor Abschiebung, Befragungen durch offizielle Stellen, Sich-Hinziehen der Bearbeitung) sowie schlechte Lebensumstände, Trennung von Familienmitgliedern und Diskriminierungserfahrungen mit anhaltenden oder verstärkten Symptomen von PTBS, Angst und Depression verbunden waren (Silove et al. 1997; Steel, Silove 2000). Eine schwedische Studie mit Flüchtlingen aus den kurdischen Gebieten im Irak zeigte auf, dass belastende Ereignisse im Zufluchtsland, wie Probleme mit Unterkunft oder Behörden, in signifikanter Weise mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zusammenhängen. Dies gilt in besonderem Maße für Flüchtlinge mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (Söndergaard, Ekbal, Theorell 2001).

Entsprechend bildet auch der Aufenthalt eines Flüchtlings in Deutschland eine eigene traumatische Sequenz und konfrontiert den Flüchtling oft mit einer Reihe destabilisierender Belastungsfaktoren (vgl. Abb. 1).

**Abbildung 1:**  
**Traumatische Sequenzen eines Flüchtlings in Deutschland**  
 (mod. nach Becker, Weyermann, in BAFF 2006, S. 47)



Exemplarisch lassen sich die beiden ersten in dieser Graphik dargestellten Sequenzen am Beispiel von (weiblichen) Flüchtlingen aus dem Kosovo darstellen. *Erste traumatische Sequenz: repressives Klima:* Ende der 80er Jahre wurde im Kosovo die „Serbisierungspolitik“ gegenüber der albanischen Bevölkerung forciert, z.B. mit Demonstrations- oder Berufsverboten und ersten gewalttätigen Übergriffen. *Zweite traumatische Sequenz: systematische Schikane und Repression:* In den 90er Jahren steigerte sich diese Dynamik im Zuge der Balkankonflikte. Es wurden wiederholt Hausdurchsuchungen „nach Waffen“ durchgeführt, bei denen die Betroffenen oft misshandelt und der Hausrat zerstört wurde; häufig kam es dabei zu sexuellen Belästigungen bis hin zu brutalen Vergewaltigungen. Öffentliche Einrichtungen – Krankenhäuser, Schulen, Universitäten – waren Kosovo-Albanern nicht oder nur sehr eingeschränkt und mit Repressalien verbunden zugänglich. *Dritte traumatische Sequenz: Kosovo-Krieg:* 1998 begann schließlich der manifeste Kosovo-

Krieg mit grausamen Vertreibungen, Massakern und Folterungen an der albanischen Bevölkerung. *Vierte traumatische Sequenz*: die oft lebensgefährliche Flucht nach Deutschland.

In den folgenden Abschnitten werden nun einzelne Untersequenzen der darauf folgenden *fünften Sequenz, des Exils in Deutschland* (in der Graphik ab „Ankunft in Deutschland“), phänomenologisch beschrieben. Ihre Merkmale werden herausgearbeitet und deren Wechselspiel mit der betroffenen Person sowie ihre Bedeutung innerhalb einer sequentiellen Traumatisierung von Flüchtlingen aufgezeigt.

## *Untersequenzen der traumatischen Sequenz Exil*

### **Unterbringung**

Der Unterbringungssituation kommt aufgrund ihrer Alltäglichkeit und des fortdauernden Wechselspiels der traumabedingten Probleme mit den Eigenheiten der Unterkünfte und Unterbringungspraktiken eine wesentliche Stellung im pathologischen Makroprozess zu. Insbesondere für Flüchtlinge mit Lager-, Gefängnis- und Foltererfahrungen sind die Sammelunterkünfte oft mit vielfältigen Erinnerungsreizen verbunden. Heruntergekommene Gebäude, Zäune und Stacheldraht, lange dunkle Flure, bestimmte Gerüche sowie Hinweise auf Überwachung sind ständig präsente Auslösereize, die nicht gemieden werden können und intrusives Erleben anstoßen. *Herr D. aus Pakistan wurde mit einer Benzin gefüllten Plastiktüte gefoltert und mehrere Wochen in dunkler Einzelhaft gehalten. Als Asylbewerber wurde er mit sechs anderen Personen in einem Keller untergebracht, in den beim Öffnen des kleinen Fensters Autoabgase und Benzingeruch einströmten.*<sup>iv</sup> Auch die häufige Anwesenheit der Polizei ist für viele Flüchtlinge ein traumabezogener Auslösereiz; und für diejenigen, die nach einer Ablehnung in einem unsicheren Bleibestatus leben, stellt sie zudem einen Auslöser für die allgegenwärtige Angst vor Abschiebung dar. Überdies erleben traumatisierte Flüchtlinge nach der überwältigenden Erfahrung des ursprünglichen Kontrollverlustes erneute Ohnmachtsgefühle, wenn sie plötzlich in andere Zimmer oder Unterkünfte, manchmal auch an andere Orte umverlegt werden und keinerlei Einfluss auf Zimmerwahl oder Zimmernachbarn haben. *Eine kurdische Flüchtlingsfrau reagierte auf eine Zwangsverlegung mit akuten Ohnmachtsanfällen und schweren dissoziativen Symptomen, welche einer stationären Behandlung bedurften.*

Hinzu kommt, dass mehrere Eigenarten der traumatischen Symptomatik die betroffenen Menschen *besonders lärmempfindlich* machen (vgl. z.B. van der Kolk 2001): (1) Sie habituieren nicht an laute Geräusche; (2) plötzliche Geräusche rufen bei ihnen häufig abnorme Schreckreaktionen hervor; (3) auf-

grund mangelnder Diskriminationsfähigkeiten fällt es ihnen schwer, zwischen bedrohlichen und harmlosen Geräuschen zu unterscheiden, so dass sie in einen konstanten „Alarmzustand“ geraten; (4) sie befinden sich ohnehin in einem Zustand ständiger Übererregung, zu dem die Lärmbelastung hinzukommt; (5) ihr Schlaf ist besonders störungsanfällig. In den Unterkünften sind sie jedoch aufgrund der hellhörigen Bauweise, dem beengten Raum, spielenden Kindern, lauter Musik u.a. konstantem Lärm ausgesetzt. *Herr B. klagt, dass er wegen seiner Misshandlungserlebnisse im Kosovo Schlafprobleme habe. Nun sei jeden Abend über ihm bis zwei, drei Uhr nachts Musiklärm. Er liege im Bett, könne nicht einschlafen und merke, wie ihn die Wut überkommt. All seine Versuche, die Situation zu verändern, seien abgelehnt worden. Ihn treibe der Gedanke um, entweder einen Bewohner oder den Hausmeister oder sich selbst umzubringen.*

Besonders nachts werden *fehlende Rückzugsmöglichkeiten* zum Problem, wenn Dunkelheit und überdrehte Müdigkeit vermehrt Intrusionen auftreten lassen und die Betroffenen sich ablenken müssen, um nicht von ihnen überschwemmt zu werden. In den überfüllten Zimmern stören sie durch Umherwandern, Lichtanschalten und Musikhören jedoch ihre Zimmergenossen oder Familienmitglieder und geraten daher zusätzlich mit diesen in Konflikte. Aber auch tagsüber leiden viele Traumatisierte unter der erzwungenen Enge, da ihr zwischenmenschliches Vertrauen oft in fundamentaler Weise beschädigt wurde und die Anwesenheit unbekannter Menschen nicht selten als Bedrohung erlebt wird. Eine besondere Zuspitzung dieser Problematik tritt ein, wenn Angehörige verfeindeter ethnischer Gruppen oder vergewaltigte Frauen und alleinstehende Männer in derselben Einrichtung untergebracht werden – womit nicht nur eine extreme Reizexposition und subjektive Bedrohung, sondern nicht selten auch eine objektive Gefahr für erneute Viktimisierung verbunden ist. *Ein Ehepaar mit drei kleinen Kindern berichtet völlig aufgelöst, nachts zuvor habe eine Massenschlägerei zwischen Kurden und Kosovo-Albanern mit mehreren Verwundeten stattgefunden. Polizei und Krankenwagen seien gekommen. Sie seien beide die ganze Nacht vor Angst wach geblieben.* Aufgrund des hohen Gewaltpotentials und der raschen Ausbildung von Subkulturen ist dieses Risiko einer erneuten Viktimisierung oder Zeugenschaft von Gewalt grundsätzlich erhöht. Die Isolation von der übrigen Gesellschaft, die sich durch Lage und Unannehmlichkeiten in der Unterkunft ergibt, behindert zudem, dass die Betroffenen Erfahrungen von positiven zwischenmenschlichen Kontakten machen können.

Soziale Unterstützung ist einer der stärksten Einflussfaktoren auf die traumatische Symptomatik (Brewin, Andrews, Valentine 2000; Gorst-Unsworth, Goldenberg 1998). Doch depriviert die aus der Residenzpflicht häufig resultierende Trennung von Familien, Verwandten und Freunden die traumatisierten Flüchtlinge ihrer letzten tragenden Beziehungen, auf deren

Hilfe und Unterstützung sie in besonderem Maße angewiesen sind, und behindert damit die Stabilisierung des *Bindungssystems*. *Herr L., 20 Jahre, verbrachte die letzten sechs Jahre ohne die Eltern in einem Land im Nahen Osten. Die Eltern mussten damals überstürzt fliehen und sind als politische Flüchtlinge in Deutschland anerkannt. Ihr Sohn galt ihnen als vermisst, wahrscheinlich verhaftet oder tot. Doch gelang ihm schließlich die Flucht zu seinen Eltern. Auch er war oppositionell aktiv gewesen. Als er hier jedoch einen Asylantrag stellte, wurde er 400 km von seinen Eltern entfernt zwangsweise untergebracht. Der bis dahin nach außen hin recht gesund scheinende junge Mann brach von einem Tag auf den anderen zusammen, ist seitdem völlig apathisch, schläft nachts nicht und ist zu keinen Alltagsaktivitäten mehr fähig. „Für mich ist es ein unglaublicher Schock, plötzlich ein zweites Mal von meinen Eltern getrennt zu sein. Mein Leben hat keinen Wert mehr.“* Auch kommt es immer wieder vor, dass traumatisierten Flüchtlingen mit Verweis auf die Residenzpflicht die Erlaubnis entzogen wird, sich im Nachbarkreis in eine adäquate Diagnostik und Behandlung zu begeben, die sie im eigenen Landkreis nicht bekommen können. Widersetzen sich die Betroffenen dieser Regelung und kommen ohne Erlaubnis in die Behandlungseinrichtung, stellt dies einen zusätzlichen Stressfaktor dar, der die Therapie zeitweise völlig blockieren kann.

### **Anhörung**

*„Flüchtlinge, die einen Asylantrag gestellt haben, müssen in einem Anhörungs- und Feststellungsverfahren ihre Fluchtgründe und -umstände glaubhaft darlegen. Diese Anhörungen werden von EinzelentscheiderInnen durchgeführt. EinzelentscheiderInnen sind Beamte des gehobenen Verwaltungsdienstes mit Fachhochschulausbildung oder vergleichbare Angestellte mit überwiegend juristischer Ausbildung. Einen speziellen Ausbildungsgang für EinzelentscheiderInnen gibt es nicht. (...) Sobald während des Anhörungsverfahrens ersichtlich ist, dass ein Asylbewerber zu [dem gefolterten und traumatisierten] Personenkreis gehört, muss ein/eine entsprechende(r) Sonderbeauftragte hinzugezogen werden.“* (BAMF 2001)

Obgleich besondere Ausbildungsinhalte, Qualifikationsanforderungen und die Kooperation mit den psychosozialen Behandlungszentren und Behandlern vom *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* vorgeschrieben werden, um der besonderen Situation traumatisierter Flüchtlinge gerecht zu werden, wird die Anhörung im Hinblick auf Kontext und Prozedere nicht selten zu einem weiteren Bestandteil der traumatischen Sequenz. Die Anhörung der Flüchtlinge findet meist wenige Tage nach der Flucht statt, Sonderbeauftragte werden kaum herangezogen, die Kooperation mit den Behandlern scheint auf Behördenseite eher unerwünscht und der Ausgang eines Asylverfahrens hin-

terlässt mitunter den Eindruck, eher zufällig zu sein. (Vgl. auch Rafailovic, Gierlichs, Bittenbinder i. d. Bd.) In dieser Konstellation werden eine Reihe typischer Traumareaktionen für die Betroffenen zu starken Belastungsfaktoren oder gar zu Fallstricken für ihr Asylbegehren.

Schwer traumatisierte Menschen versuchen meist zu *vermeiden*, an das traumatische Kernerlebnis zu denken oder gar darüber zu sprechen, da jegliche Erinnerungsreize in ihnen heftige psychische und physische Reaktionen auslösen können. Hinzu kommen (Teil-)Amnesien für traumatisches Material sowie dessen impliziter, sprach-ferner Charakter (Brewin, Dalgleish, Joseph 1996), welcher durch eine zentralnervöse Beeinträchtigung der Sprachverarbeitung beim Auftreten intrusiver Erinnerungen weiter verstärkt wird (van der Kolk 2001). Es ist den Betroffenen damit oft bereits auf neuropsychologischer Ebene sehr erschwert bis unmöglich, einen konsistenten Bericht über ihre Verfolgung abzugeben. (Vgl. auch Odenwald et al. i. d. Bd.) Vielfach erscheinen ihre Aussagen damit unglaubhaft, und die entsprechenden Reaktionen ihrer sozialen Umwelt bestärken sie in ihrem Erleben von Entfremdung (vgl. Birck 2002). Zudem ruft die erzwungene Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten oft hoch aversive und potentiell traumakonsolidierende Reaktionen hervor.

Doch selbst, wenn auf einen Bericht über die traumatisierenden Erfahrungen verzichtet wird, bleibt die Anhörungssituation sehr belastend. Denn traumatisierte Flüchtlinge leiden oft unter *starken Konzentrationsproblemen*, aufgrund derer es ihnen bereits schwer fällt, einem kurzen Alltagsgespräch zu folgen – geschweige denn einer mehrstündigen Anhörung. Zum einen beeinträchtigt dies ihre Fähigkeit, die oft anspruchsvollen Fragen befriedigend zu beantworten, zum anderen stellt sowohl das Ringen der Betroffenen, dem Gespräch dennoch zu folgen, als auch die eigene Symptomatik eine enorme Anstrengung und Belastung für die meist ohnehin psychisch labilen traumatisierten Flüchtlinge dar. *Bei der Anhörung von Frau P. brachte eine Abfolge von Fragen, die fast alle in Beziehung zu Verwandten hier in Deutschland standen und sehr konkrete Antworten erforderten (wie lange lebt wer hier, ob Asylantrag, ob verheiratet), die Frau sichtlich aus der Fassung, da sie nicht alles exakt beantworten konnte. Auf eine Intervention der begleitenden Therapeutin hin meinte die Anhörerin zwar, es wäre doch wohl Allgemeinwissen, dass traumatisierte Menschen derartige Schwierigkeiten hätten, änderte aber praktisch nichts an ihrer Frageweise.*<sup>v</sup>

Insbesondere Flüchtlinge, deren Kerntraumata im Zusammenhang mit Gefängnissen, Lagern oder Verhörsituationen steht, werden bei der Anhörung mit multiplen Auslösereizen konfrontiert. *Frau P. berichtet nach einem gescheiterten Anhörungstermin: „Ich habe mich selber so sehr gezwungen. Ich musste lange warten und durch verschiedene Türen gehen, und dann habe ich mich an die Anhörungssituationen in der Türkei erinnert. (...) Allein das*

*Durch-die-Tür-Gehen hat mich zum Zusammenbrechen gebracht.* “ Die Grenzen zwischen dem in der Anhörungssituation angestoßenen Wiedererleben und der realen Situation können aufgrund der Eigenarten des Traumagedächtnisses – insbesondere des Losgelöstsein von Zeit und Ort bei Inhibition des Hippocampus (vgl. Brewin 2001; van der Kolk 2001) – für den Betroffenen verschwimmen. *Nach einem zweiten Anhörungstermin hyperventiliert und dekompenziert Frau P. mehrfach bei dem Versuch zu beschreiben, was passiert ist. Sie hat Flashback-Reaktionen und kann zeitweise nicht mehr zwischen Gefängnis und Bundesamt unterscheiden. Sie sagt: „Die haben mich gezwungen, sie haben mich geschlagen und gedemütigt.“*

Auch für Flüchtlinge mit einem anderen traumatischen Hintergrund kann die subjektiv wie objektiv bedrohliche Situation bei der Anhörung, bei der in der Regel keine wohlwollende und stützende Atmosphäre besteht, zu einer Auslösesituation werden. In der Folge können Intrusionen oder Dissoziation angestoßen werden oder die Belastung in physische Krisen wie Hyperventilation münden.

Zuletzt stellt das *Warten* auf den bevorstehenden – und unter Umständen immer wieder gesundheitsbedingt verschobenen – Anhörungstermin einen nicht zu unterschätzenden Belastungsfaktor dar, der nicht nur die psychische Stabilität des traumatisierten Flüchtlings strapaziert, sondern auch die therapeutische Arbeit stark behindern kann. *Vor dem ersten Anhörungstermin gerät Frau P. während der Therapie zunehmend unter Druck. „Ich habe versucht, mich zu beruhigen. Ich weiß nicht, ob ich es erzählen kann. Ich kann nicht schlafen und nicht denken, seit ich weiß, dass der Anhörungstermin ansteht.“ Der psychotherapeutische Prozess muss unterbrochen werden, da die Klientin sich auf nichts anderes mehr einlassen kann, und die Interventionen bestehen zum großen Teil aus Maßnahmen zur Sicherung der psychischen Stabilität bei einer Anhörung.*

## **Widerrufsverfahren**

Widerrufsverfahren haben den Entzug des Flüchtlingsstatus einschließlich der sozialen Rechte nach der Genfer Flüchtlingskonvention und des Aufenthaltsrechts in Deutschland zum Ziel. Die Zahl der von Widerruf betroffenen Flüchtlinge hat sich in den vergangenen Jahren verzehnfacht. Waren zwischen 1998 und 2002 jährlich 577 bis 2.230 Menschen betroffen, stieg ihre Zahl 2003 auf über 8.300 und 2004 auf fast 15.000 (Pro Asyl 2005).

Ein sicherer Aufenthaltsstatus schafft für traumatisierte Flüchtlinge die Voraussetzung für eine Restabilisierung ihres durch die Traumatisierung destabilisierten *Sicherheitssystems* (Koch, Winter 2000; BAFF 2006). Umgekehrt entzieht ein Widerrufsverfahren als Bestandteil der traumatischen Exilsequenz dem Betroffenen schlagartig diese Basis. Dies bewirkt eine tiefe

Verunsicherung und stürzt die Betroffenen erneut in das Erleben von Hilflosigkeit und existentieller Bedrohung. Hieraus kann wiederum eine Aktivierung des Traumanetzwerkes (Foa et al. 1989) und mit ihm verbundene Erlebnis- und Reaktionsweisen resultieren.

*Frau N.<sup>vi</sup> ist eine etwa 35jährige kurdische Mutter von vier Kindern, die nach langjährigen politisch motivierten Repressalien und wiederholter physischer und sexueller Gewalterfahrung durch PKK-Kämpfer wie türkischer Miliz vor 18 Jahren mit ihrem Mann nach Deutschland flüchtete. Die Familie fand in Deutschland eine neue Heimat und die Belastungssymptome aller Familienmitglieder klangen ab. Dann aber wurde ein Widerrufsverfahren eingeleitet, und es erfolgte die Aufforderung, das Land zu verlassen. Frau N. reagierte mit Schlafstörungen, somatischen Beschwerden (vornehmlich an den Schlagnarben), sozialem Rückzug, vermehrten Nachhallerinnerungen, dissoziativen Symptomen sowie Todesgedanken: „Ich werde einen Weg finden... . Besser hier sterben als dorthin zurückgehen.“*

Versuchen die Betroffenen, sich der drohenden Abschiebung zu widersetzen, birgt dies das Risiko für weitere Belastungsfaktoren in der traumatischen Sequenz. *Familie N. reagiert auf die Bedrohung, indem die Eltern mehrfach umziehen und die Kinder bei verschiedenen Bekannten unterbringen. Damit verlieren sie nicht nur die relative Sicherheit ihrer eigenen, gewohnten Umgebung, sondern auch die stabilisierende Wirkung des Familienverbandes. Insbesondere für die Kinder ist der Verlust der gewohnten Struktur sowie der Bezugspersonen als besonderer Belastungsfaktor zu werten. Einer der Söhne zeigt in dieser Situation aggressive Impulsdurchbrüche, Ängste und Schlafstörungen, ein anderer beginnt einzunässen.*

Wie auch bei der Abschiebung selbst (s.u.), kann der Einsatz der Polizei – etwa um das Erscheinen zu einem Fototermin für die Ausreisepapiere zu erzwingen – starke Parallelen zu den Kerntraumata aufweisen – sowohl in der objektiven Situation als auch in der subjektiv erlebten Ohnmacht und Schutzlosigkeit. *Für Frau N., die bei ihrer ersten Traumatisierung hinterrücks gepackt und bewusstlos geschlagen worden war, stellt der Griff einer Polizistin von hinten an die Schultern einen starken traumatischen Auslösereiz dar, der von ihr neben der überwältigenden Hilflosigkeit am schlimmsten erlebt wurde. Sie wurde davon derartig überwältigt, dass sie versuchte, sich auf der Stelle das Leben zu nehmen.*

Auch die Verweigerung von Empathie und Unterstützung wiederholt meist Erfahrungen, die traumatisierte Flüchtlinge bereits in früheren traumatischen Sequenzen machen mussten, reaktualisiert diese und verstärkt somit Gefühle der Entfremdung und des Abgeschnittenseins von der Welt. *Der Mann von Frau N. erlitt auf dem Polizeirevier einen Nervenzusammenbruch und lag wie bewusstlos am Boden. Doch habe man dies als „Theater“ abgetan und ihrem Flehen nach ärztlicher Behandlung erst spät und ohne Ver-*

*ständnis nachgegeben. In der Folge dieser Ereigniskette muss Frau N. in eine Psychiatrie-Station eingewiesen werden; sie weigert sich, die geschlossene Station zu verlassen, da sie sich einzig dort sicherer zu fühlen scheint. Beim Geräusch von Polizeisirenen schreckt sie zusammen und versucht sich zu verstecken. Sie versucht mehrfach, sich umzubringen.*

### **Kettenduldungen**

Eine *Duldung* ist ausländerrechtlich definiert als „die Aussetzung der Abschiebung“, die immer nur für einen auf Monate begrenzten Zeitraum gewährt wird. *Kettenduldungen* – dies ist kein juristischer Begriff, sondern er stammt aus dem Diskurs des Flüchtlingsschutzes – liegen entsprechend vor, wenn diese ausländerrechtliche Praxis über mehrere Jahre vollzogen wird. Kettenduldungen sind für die Betroffenen mit permanenter Angst, Unsicherheit, Perspektivlosigkeit für sich und ihre Familien sowie mit zermürbendem Unrechtserleben verbunden. Damit reaktivieren und verstärken sie Kernaspekte der (post)traumatischen Situation und stellen eine weitere Untersequenz der sequentiellen Traumatisierung im Exil dar. Mehrere Aspekte von Kettenduldungen tragen zu ihrer destabilisierenden Wirkung bei: Im Kern steht die *Unsicherheit des Aufenthaltstatus*, welche die relative Sicherheit in Deutschland immer nur für ein paar Monate zubilligt. Diese phasisch sich erneuernde Bedrohung durch eine mögliche Abschiebung nach Ablauf der Duldung überformt das traumabedingte unspezifische Bedrohungsgefühl. Menschen, deren *Sicherheitssystem* auf objektive wie subjektive äußere Sicherheit angewiesen wäre, um ins Gleichgewicht zu kommen, werden damit in einem Zustand chronischer Destabilisierung gehalten. Die chronische Hypervigilanz und Übererregung wird durch die permanente Bedrohung durch Abschiebung weiter gesteigert. Diese Angst vor der Abschiebung setzt sich zusammen aus der Furcht vor einer erzwungenen Rückkehr in die traumatisierende Umgebung, Furcht um das Schicksal Angehöriger sowie Teilwissen über die Abschiebep Praxis. *Eine Frau berichtet<sup>vii</sup>, sie habe ungeheure Angst davor, in ihr eigenes Land, den Kosovo, zurückzukehren, da sie dieses noch immer wie im Kriegszustand erlebe. Ihre jüngere Tochter hierzulassen, wäre für sie wie der erneute Verlust ihrer ersten, schwerkranken Tochter, die während des Krieges im Kosovo unter tragischsten Umständen ums Leben gekommen ist. Eine andere Frau, deren Duldungen ein Jahr lang jeweils nur um einen Monat verlängert wurden, berichtet, das sei die pure Angst gewesen und sie habe fast nicht geschlafen. Am meisten Angst habe ihr gemacht, was aus den Kindern werden würde, wenn sie selbst abgeschoben wird.* Hinzu kommt die Vermischung mit Erinnerungsreizen, die nonverbale, emotional-physiologische Gedächtnisinhalte anstoßen. *Die Frau berichtet weiter: Die extreme Angst sei wesentlich*

*daher gekommen, dass diese Situation sie an diejenige im Kosovo erinnert habe, dass die deutschen Behörden agierten wie die serbischen.*

Ähnlich wie in der traumatischen Situation wird die Betroffene in eine Lage gebracht, die ihre eigene Handlungskompetenz aushebelt und sie dem Willen und der Willkür anderer ausliefert. Zudem wird oft das *Gerechtigkeitsempfinden* – und damit unter Umständen auch die fundamentalen Glaubens- und Überzeugungssysteme der Betroffenen – weiter angegriffen (vgl. Janoff-Bulman 1992; Petzold 2003; Regner 2006). *Ein Familienvater aus Syrien, der einst gefoltert wurde, berichtet dazu: „Ich bin nach Deutschland gekommen, um Schutz und Sicherheit zu erhalten, finde mich aber nur in Angst und fortgesetztem Schrecken wieder, vor dem ich mich noch nicht einmal schützen kann. Ich bin gekommen, um der Folter zu entgehen, und dachte, ich würde Demokratie und Menschenrechte vorfinden. Was ich allerdings hier erlebe, ist manchmal unerträglicher als die Verfolgung in meinem Heimatland. Das hat mich krank gemacht.“* Zugleich ist der Betroffene quasi immer nur „vorübergehend“ da – ohne eine Perspektive für einen eigenen Lebensentwurf oder für die tragfähigen sozialen Bindungen, die er für seine Stabilisierung dringend bräuchte, und ohne die Möglichkeit, die eigene, durch Traumatisierung und Entwurzelung angegriffene Identität in einer neuen Heimat wieder aufzubauen. Die Praxis der Kettenduldungen erhält damit die Destabilisierung aller fünf Systeme nach Silove – *Sicherheit, Bindung, Identität, Gerechtigkeit* und *Sinn* – aufrecht.

Die beschriebenen Belastungsfaktoren spitzen sich beim zwangsläufigen Gang zu den Verlängerungsterminen bei der Ausländerbehörde zu – was eine starke Trauma-Aktualisierung bis hin zur Dekompensation auslösen kann. *Eine Frau aus dem Kosovo berichtete, dass sie immer schon jeweils drei Wochen vor ihrem Verlängerungstermin bei der Ausländerbehörde ungeheuer nervös, ängstlich und von Schlaflosigkeit geplagt gewesen sei, was sich zeitweise bis zu panikartigen Zuständen mit Körperzittern gesteigert habe. Bei der Behörde selbst habe sie oft buchstäblich fast eingenässt vor Angst, verbunden mit heftigem Herzklopfen, Kopf- und Bauchschmerzen, Schwindelgefühlen. Eine andere Klientin habe die Termine aufgrund ihrer Destabilisierung manchmal gar nicht wahrnehmen können. Nicht selten musste dann der Notarzt kommen und ihr Spritzen geben.*

In der psychosozialen, therapeutischen und gutachterlichen Praxis kristallisiert sich die Praxis der Kettenduldungen als einer der wichtigsten destabilisierenden und trauma-aktivierenden Faktoren heraus. In der Fachliteratur wird dies schon seit Jahren beschrieben und beklagt (Lübben 2003; Görg 2001; BAFF 2006), und bis zu einem gewissen Grad scheint sich auch die Politik parteiübergreifend darüber bewusst geworden zu sein. Allerdings hat dies – auch nach dem in dieser Problematik weiterführenden Beschluss der

Innenministerkonferenz im November 2006 – bislang zu keiner hinreichenden Gesamtlösung geführt.

### **Abschiebung**

Viele Abschiebesituationen bedeuten – wie die vorangegangenen Kerntraumata selbst – für die bereits schwer belasteten Flüchtlinge Überwältigung und massiven Kontrollverlust. Kerntraumata (z.B. Folter, Vergewaltigung, Miterleben extremer Grausamkeiten) wie auch Abschiebung gehen mit einer fundamentalen Grenzverletzung gegen die Privatsphäre, den eigenen Körper und der psychischen Integrität der Person einher. *Eine kosovarische Flüchtlingsfrau<sup>viii</sup>, die der Abschiebung im letzten Moment entgangen war, berichtet, die Beamten hätten sich verhalten wie die serbische Polizei: wie Kriminelle sei die Familie behandelt worden. Die Polizisten seien beschimpfend, bedrohlich und körperlich übergriffig gewesen; im Abschiebegefängnis hätte ein Beamter vor Wut seinen eigenen Schreibtisch umgeworfen. – Frau Y. aus der Türkei und ihre Familie wurden um vier Uhr nachts aus ihrer Unterkunft abgeholt.<sup>ix</sup> Dafür wurde die Fensterscheibe des Unterkunftsziimmers von außen eingeschlagen, wobei mehrere Finger von Frau Y. verletzt wurden (die erst in der Türkei versorgt wurden). Den Eltern wurden vor ihren Kindern Handschellen angelegt, ein großer blauer Fleck an der rechten Wade zeugt von Gewaltanwendung gegen Frau Y.* Die Abschiebungssituation wird damit nicht nur zu einem extremen Erinnerungsreiz, sondern besitzt auch das Potential, selbst auf nicht massiv vorbelastete Flüchtlinge und vor allem auch Kinder direkt traumatisierend zu wirken.

Hinzu kommt ein *erneuter Vertrauensbruch* bei einem Menschen, der aufgrund seiner Erfahrungen ohnehin einen fundamentalen Vertrauensverlust erlebt hat und daher mit ständigem Misstrauen und Bedrohungsgefühlen lebt. *Herr Z.<sup>x</sup> fühlte sich selbst in der Klinik nicht vor Abschiebung sicher und floh während des Ausgangs. Die Klinik informierte daraufhin das Verwaltungsgericht, und der zuständige Richter erklärte dem Rechtsanwalt, er werde den Antrag auf Abschiebeschutz ablehnen, wenn Herr Z. nicht in die Klinik zurückkehren würde. Herr Z. wurde daraufhin zur Rückkehr überredet. Am nächsten Morgen, im Juni 2005 um 7 Uhr, wurde Herr Z. schließlich aus der Klinik abgeholt und abgeschoben.* Wird der Flüchtling aus seiner Unterkunft oder gar aus stationärer Behandlung abgeholt, so kommt dies dem Verlust des vermeintlich letzten sicheren Ortes für ihn gleich. Die Folge ist eine weitere Generalisierung des Misstrauens – selbst frühere Sicherheitshinweise können jetzt eine Bedrohung signalisieren und Intrusionen oder körperliche und psychische Alarmreaktionen auslösen.

In ihrer Heimat werden die Abgeschobenen sich selbst überlassen – oftmals in einer Verfassung, in der sie nicht in der Lage sind, für sich selbst zu

sorgen. *Eine Nachuntersuchung ein dreiviertel Jahr nach der Abschiebung von Herrn M. in die Türkei zeigte, dass er nicht in der Lage war, sein Leben in eigene Hände zu nehmen. Er war, da völlig hilflos, zu seinen Eltern ins Dorf zurückgekehrt, wo er zwar physisch versorgt, psychisch jedoch unverorgt blieb und von seiner Familie wegen seines depressiven Verhaltens abgelehnt wurde. Er gab an, dass er seine Zukunft hoffnungslos sehe, sprach von Lebensüberdruss und ständigen Suizidgedanken. Die Daten weisen auf eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin. – Auch der Vergleich der früheren Diagnosen und Befunde im oben bereits dargestellten, von Abschiebung betroffenen Fall von Frau Y. mit den neu erhobenen Befunden zeigt eine wesentliche Verschlechterung des gesamten Krankheitsbildes. Auch nach drei Wochen befindet sich Frau Y. noch in einem psychischen Schockzustand. Eine Behandlung in der Türkei hat sie nicht erhalten.*

### *Implikationen für die klinische Praxis*

Ein weiterer Gesichtspunkt sequentieller Traumatisierung von Flüchtlingen in Deutschland liegt in dem Widerspruch zwischen der Zuständigkeitszuweisung an den klinischen Bereich einerseits und dem gleichzeitig erfolgenden Kompetenzzug andererseits. Vielfach wird die auf Fachwissen und therapeutischer Expertise beruhende Beurteilung von Flüchtlingen von den Behörden nicht respektiert und die praktische Arbeit erschwert (vgl. Rafailovic, Gierlichs, Bittenbinder i. d. Bd.). Die permanente Unterversorgung traumatisierter Flüchtlinge wird somit durch die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen noch weiter verstärkt. Doch kann und soll die psychosoziale und psychotherapeutische Praxis mit schwer belasteten Flüchtlingen gerade eine *lebensförderliche Gegensequenz* zum Exil als traumatischer Sequenz bilden (Regner 2006, S. 358f). Um dies zu gewährleisten, sollte folgendes berücksichtigt werden: Die therapeutische Psychoedukation muss auch die soziale und rechtliche Situation umfassen; Therapeuten müssen ihren traumatisierten Klient/inn/en diesbezüglich mit Rat und Aufklärung zur Seite stehen. Die enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachleuten, Sozialpädagogen/innen, Jurist/innen und Flüchtlingsberatungsstellen ist unumgänglich. Die Therapeutin sollte – bei aller professionellen Distanz – solidarisch auf der Seite der Klientin stehen. Sie sollte bereit sein, Stellung zu beziehen und die psychosozialen Bedürfnisse ihrer Klienten entschieden zu vertreten. In jedem Falle sollte sich der Therapeut gegen zwangsweise Abschiebungen aus Behandlungszusammenhängen einsetzen. In Deutschland wird ein solcher Arzt / eine solche Psychologin durch ihre Kammer juristisch und moralisch gestützt. Schließlich gehört im weiteren Sinne dazu, sich in gesellschaftliche und politisch-rechtliche Konfliktfelder im Rahmen der Flüchtlingspolitik zu begeben

und öffentlich Stellung zu den Mängeln in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge zu beziehen.

### *Diskussion*

Das Konzept der psychischen Traumatisierung ist inzwischen wissenschaftlich gesichert und wird von der klinischen Fachwelt als unverzichtbares Konstrukt anerkannt (z.B. Ballenger et al. 2004; Hidalgo, Davidson 2000). Traumatherapeuten, die als Grundvoraussetzung für die Arbeit mit traumatisierten Menschen den *Aufbau objektiver wie subjektiver Sicherheit* fordern (z.B. Ehlers 1999; Reddemann 2004), erkennen dabei nicht nur die Bedeutung der Kerntraumata, etwa Folter und Vergewaltigung, als auslösendes Moment an, sondern auch die *Prozesshaftigkeit* der Traumatisierung sowie die *Bedeutung der Umweltbedingungen* für die traumatische Pathogenese bzw. traumaverarbeitende Salutogenese.

Auch Gesetzgeber, Gerichte und Behörden verwehren dem Traumakonzept nicht grundsätzlich die Anerkennung. Doch begreifen sie Trauma vielfach als ein zeitlich begrenztes und gleichsam abgeschlossenes Ereignis – das im weiteren als „*Posttraumatische Belastungsstörung*“ in den Zuständigkeitsbereich klinischer Versorgung fällt. Wie eine Betrachtung der traumatischen Sequenzen vieler Flüchtlinge in Deutschland nach dem Konzept der *sequentiellen Traumatisierung* von H. Keilson (1979) und dem *Stress-Kontinuum* von D. Silove (1999) zeigt, greift eine solche eingeschränkte Betrachtungsweise jedoch zu kurz: Die politisch-rechtlichen Bedingungen, denen ein traumatisierter Flüchtling im Exil ausgesetzt wird, stellen nicht nur „gewöhnliche“ zusätzliche Belastungsfaktoren dar, sondern sie reaktivieren und aggravieren die traumatische Problematik unter Umständen erheblich. Sie sind nicht als von der Vorgeschichte und voneinander isolierte Einzelmomente zu begreifen, sondern als ein ineinander verwobenes, aufeinander aufbauendes Gefüge und als Fortsetzung der sequentiellen Traumatisierung. Diese begann im Heimatland des Flüchtlings typischerweise mit der Abfolge: repressives Klima > gezielte Verfolgung > Übergriffe, Trauma, Vergewaltigung > Flucht > traumatische Sequenz Exil, einschließlich der aufgezeigten Untersequenzen. So wurden in der oben zitierten Befragung von Flüchtlingsfrauen aus dem Kosovo alle Teilnehmerinnen gefragt, für wie hoch sie den Anteil an ihrer Traumatisierung durch Erlebnisse in Deutschland, insbesondere im Zusammenhang mit Kettenduldungen, einschätzten. *Alle* Frauen drückten das Gefühl aus, dass Ihre Erfahrungen in Deutschland einen erheblichen bis sogar überwiegenden Anteil an ihrem subjektiven Traumaerleben hätten; im Mittel wurde der traumatogene Einfluss im Exil mit ungefähr der Hälfte der Gesamtbelastung angegeben. Leider existiert bislang kein valides Maß zur Quantifizierung dieses subjektiven Erlebens und die Gewichtung der Exilsequenz in

Deutschland an der Gesamtsequenz bedarf empirischer Absicherung. Gleichwohl wird sowohl im Erleben der Betroffenen als auch in der theoretischen Analyse deutlich, *dass die hiesigen ausländerpolitischen und -rechtlichen Bedingungen für viele traumatisierte Flüchtlinge die Fortsetzung einer sequentiellen Traumatisierung im Sinne einer sequentiellen Menschenrechtsverletzung darstellen.*

Würde man vor diesem Hintergrund den Flüchtlingen aber gleich jede Zuflucht in Deutschland verwehren wollen, so würde dies der begonnenen sequentiellen Traumatisierung nicht entgegenwirken, sondern sie lediglich verlagern und letztlich verstärken. Die Konsequenz müsste vielmehr sein, die Asyl- und Ausländerrechtspraxis in Deutschland so zu gestalten, dass das Land seinem menschen- und völkerrechtlichen Schutzauftrag gegenüber politisch Verfolgten und politisch Traumatisierten tatsächlich gerecht wird. Entsprechend besteht die dringliche Notwendigkeit, die ausländerrechtliche Praxis mit politisch Traumatisierten ausgehend von einer menschenrechtlichen Sicht – vor allem mit Hinblick auf das *Menschenrecht auf Gesundheit*<sup>xi</sup> – zu überprüfen und grundlegend und nachhaltig zu korrigieren; die neuerlichen Beschlüsse scheinen hierfür nicht ausreichend. Unsere Gesellschaft schadet sich letztlich auch selbst, wenn sie die Rehabilitation der Opfer erschwert. Dies gilt nicht nur für den ökonomischen Zusammenhang von Krankheit und beeinträchtigter Leistungsfähigkeit; darüber hinaus erzeugen Isolation, Ungerechtigkeitserleben, Hoffnungslosigkeit und Angst ein gesellschaftliches Klima, in dem Misstrauen, Gewalt und fundamentale Glaubenssysteme Nahrung finden. Mit vergleichsweise wenig Aufwand könnte hier frühzeitig die Integration gefördert, die Widerstandskraft der Überlebenden gestärkt und den verfolgten Menschen Gerechtigkeit getan werden. Im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen darf es nicht nur um eine – den einzelnen Betroffenen pathologisierende – Diagnose und deren therapeutische Behandlung gehen, sondern um eine dem Menschen, seiner Geschichte und seinen Umständen gerecht werdenden Haltung.

### *Literatur*

- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.) (2006). Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge: Eine kritische Reflexion der Praxis. Karlsruhe: Von Loeper.
- Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) (Hrsg.) (2001). Schriftenreihe Asylpraxis. Band 7: Traumatisierte Flüchtlinge. Nürnberg.
- Ballenger, J.C. et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (Suppl. 1), S. 55-62.
- Barwinski Fäh, R. (2001). Trauma, Symbolisierungsschwäche und Externalisierung im realen Feld. In: *Forum der Psychoanalyse* 17, S. 20-37.

- Birck, A. (2002). *Traumatisierte Flüchtlinge: Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Heidelberg, Kröningen: Asanger.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. In: *Behaviour Research and Therapy* 39, S. 373-393.
- Brewin, C.R.; Andrews, B.; Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, S. 748-766.
- Brewin, C.R.; Dalgleish, T. et al. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. In: *Psychological Review* 103, S. 670-686.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern u.a.: Huber.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen, Hogrefe.
- Ehlers, A.; Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: *Behaviour Research and Therapy* 38, S. 319-345.
- Foa, E.B.; Steketee, G.; Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. In: *Behavior Therapy* 20, S. 155-176.
- Görg, Ch. (2001). „Verlust des Weltvertrauens“: Die Bedeutung von Rechtssicherheit für die Aufarbeitung von Traumata. In: *Mittelweg* 36, 2, S. 77-91.
- Gorst-Unsworth, C.; Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees in Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile. In: *British Journal of Psychiatry* 172, S. 90-94.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. In: *Journal of Traumatic Stress* 5 (3), S. 377-391.
- Hidalgo, R.B.; Davidson, J.R.T. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 6 (suppl 7), S. 5-13.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jatzko, A. (2004). *Neuropsychologische Grundlagen der Psychotraumatologie*. Vortrag bei: Der Gutachtendisput: Folteropfer und Kriegsflüchtlinge im rechtlichen Regelwerk. Fachtagung vom 19.-21.09.04 in Lübbenau, Nähe Berlin. Veranstaltet von BAFF, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, und XENION, Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte.
- Kolk, B.v.d. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. In: *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 16, S. 49-64.
- Lavik, N.J.; Hauff, E.; Skrandal, A.; Solberg, O. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an outpatient population. In: *British Journal of Psychiatry* 169, S. 726-732.
- Lübben, S. (2003). Testimony work with Bosnian refugees: living in legal limbo. In: *British Journal of Guidance & Counselling* 31 (4), S. 393-402.
- Petzold, H.G. (2003). Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde: Ein „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. In: *Integrative Therapie* 1, S. 27-64.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie: Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Regner, F. (2006). *Normatives Empowerment: Das Unrechtserleben bei politisch Traumatisierten aus der Sicht von Unterstützern im Therapieumfeld – Möglichkeiten psychosozialer und „therapeutischer“ Bearbeitung*. Dissertation. Freie Universität Ber-

- lin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. [www.diss.fu-berlin.de/2006/34](http://www.diss.fu-berlin.de/2006/34).
- Silove, D. (1999). The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma: Toward an Integrated Conceptual Framework. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187 (4), S. 200-207.
- Silove, D.; Sinnerbrink, I.; Field, A.; Manicavasagar, V.; Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. In: *British Journal of Psychiatry* 170, S. 351-357.
- Söndergaard, H.P.; Ekblad, S. et al. (2001). Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189 (12), S. 838-845.
- Steel, Z.; Silove, D. (2000). The psychosocial cost of seeking asylum. In: A.Y. Shalev, R. Yehuda, A.C. McFarlane (Hrsg.), *International Handbook of Human Response to Trauma*, New York, NY: Plenum Press.
- UNHCR (2006). *The State of the World's Refugees: A Humanitarian Agenda*. [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org). (Zugriff 18.01.07.).
- Willigen, L.v. (2001). „The golden cage has lost its shine“: Current possibilities for health promotion and empowerment of refugees and asylum seekers in the Netherlands. In: M. Verwey (Hrsg.), *Trauma und Ressourcen – trauma and empowerment*, Berlin: VWB.

---

<sup>i</sup> Sinngemäßes Zitat eines Klienten bei Xenion, Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte in Berlin. Ähnliche Aussagen werden von traumatisierten Flüchtlingen immer wieder gemacht.

<sup>ii</sup> Bei Refugio Villingen-Schwenningen.

<sup>iii</sup> Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Kap. CV, 2006.

<sup>iv</sup> Die in diesem Abschnitt wiedergegebenen Fallberichte sowie phänomenologische Beschreibungen der Unterbringungsbedingungen stützen sich auf Praxiserfahrungen der Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge Refugio Villingen-Schwenningen und wurden von E.-L. Iskenius dokumentiert. Angaben teilweise verfremdet.

<sup>v</sup> Begleitet und ausführlich dokumentiert von E. Bittenbinder, bei Xenion. Angaben teilweise verfremdet.

<sup>vi</sup> Dokumentiert von G. Brünner. Angaben teilweise verfremdet.

<sup>vii</sup> Die im folgenden herangezogenen qualitativen Daten stammen aus einem Gruppengespräch mit neun Klientinnen bei Xenion, Sommer 06, durch F. Regner. Es wurde exploriert, wie Kettenduldungen von den Klientinnen subjektiv erlebt wurden bzw. werden. Vier der Frauen haben sich persönlich und ausführlich zur Thematik geäußert; bei allen vier liegt eine detaillierte gutachterliche Stellungnahme über ihre Traumatisierung vor. Angaben teilweise verfremdet.

<sup>viii</sup> S. vorherige Endnote.

<sup>ix</sup> Dokumentiert von E.-L. Iskenius. Teilweise verfremdet.

<sup>x</sup> Dokumentiert von G. Brünner. Teilweise verfremdet.

<sup>xi</sup> S. dazu *amnesty-journal* 11/06. [www.amnesty.de](http://www.amnesty.de).